

. 经验介绍 .

麻醉方式对手术治疗慢性硬膜下血肿疗效的影响

何 蓓 张 鹏 宋建荣 吕新文 周小龙 蔡 珂 朱 峰 张 超

【摘要】目的 探讨麻醉方式对钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿疗效的影响。**方法** 2016年7月至2017年12月钻孔引流术治疗CSDH 68例,全身麻醉下手术31例(全麻组),局部麻醉下手术37例(局麻组)。**结果** 术前1 d,全麻组与局麻组焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分均无统计学差异($P>0.05$);术后3 d,全麻组SAS评分和SDS评分较局麻组均明显降低($P<0.05$)。两组颅内积气量、血肿残余量、硬膜下积液量、住院时间、血肿复发率均无统计学差异($P>0.05$)。**结论** 全身麻醉下钻孔引流术治疗CSDH,有助于减少术后焦虑抑郁情绪。

【关键词】 慢性硬膜下血肿;钻孔引流术;局部麻醉;全身麻醉;焦虑;抑郁

【文章编号】 1009-153X(2019)11-0703-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1⁺5; R 651.1⁺1

钻孔引流术是目前治疗慢性硬膜下血肿(chronic subdural hematoma, CSDH)最常用的术式,方法简单,手术效果良好。本文探讨全身麻醉下或局部麻醉下钻孔引流术治疗CSDH的疗效差异。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2016年7月至2017年12月钻孔引流术治疗CSDH 68例,其中男42例,女26例;年龄45~79岁,平均(62.9±11.6)岁。59例有头部外伤史,其余9例外伤史不明确。术前GCS评分13~15分63例,9~12分4例,8分1例。按麻醉方式分成全麻组(31例)和局麻组(37例)。全身麻醉条件:①病人对疼痛耐受差;②意识障碍手术配合不佳。两组病人年龄、性别、血肿量、术前GCS评分、中线移位程度等差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 影像学检查 术前均行头颅CT及MRI检查,排除颅内其他病变。CT表现为高密度5例,等密度18例,低密度24例,混杂密度21例。MRI表现为硬膜下月牙形异常信号影,不同程度脑沟变浅或消失,脑室受压,中线移位 ≥ 1 cm 22例, < 1 cm 46例,血肿量47~190 ml。

1.3 治疗方法 根据头颅CT及MRI定位血肿范围、标记手术切口线,局部麻醉或全身麻醉后在额部及顶部各切开头皮,长3~4 cm,颅骨钻孔直径约1 cm,切开硬脑膜。先后在额部及顶部骨孔处置入12F带侧孔软橡胶引流管,用37℃左右温生理盐水以15

cm高度沿引流管在各个方向反复冲洗,直至血肿腔冲出液无色清亮,冲洗过程避免损伤大脑皮层、桥静脉。两个骨孔分别放引流管,颅内长2~3 cm,顶部骨孔引流管注入生理盐水,额部骨孔排气,明胶海绵堵塞骨孔,逐层严密缝合切口,固定引流管并接引流袋。术后头低脚高位持续开放引流,中心静脉压监测下补液,根据头颅CT脑复张情况,3~5 d拔除引流管。术后7~10 d查头颅CT,病情好转后出院。

1.4 观察指标 术前1 d和术后3 d进行焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分。根据术后24 h内头颅CT判断颅内积气、血肿残余。术后1周头颅CT判断硬膜下积液、术后1、3个月头颅CT或MRI判断血肿复发。

1.5 统计学分析 采用SPSS 19.0软件进行分析;计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用Fisher确切概率法;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术前1 d,全麻组与局麻组SAS评分、SDS评分均无统计学差异($P>0.05$);术后3 d,全麻组SAS评分和SDS评分较局麻组均明显降低($P<0.05$)。两组颅内积气量、血肿残余量、硬膜下积液量、住院时间、血肿复发率均无统计学差异($P>0.05$)。见表1。

3 讨论

目前,钻孔冲洗引流术治疗CSDH术后复发率在3.7%~38.0%^[1,2]。本文结果显示,两种麻醉方式术后复发率没有明显差异,但是全身麻醉可以明显改善术后焦虑、抑郁情绪。傅剑川等^[3]认为与局部麻醉

表1 全麻下与局麻下钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿疗效的比较

评估指标	全麻组	局麻组
术前1 d SAS评分(分)	29.7±6.4	31.3±5.2
术后3 d SAS评分(分)	30.2±6.9 [*]	51.7±7.3
术前1 d SDS评分(分)	23.3±4.8	24.7±6.2
术后3 d SDS评分(分)	24.1±5.6 [*]	48.7±6.4
颅内积气(ml)	2.58±0.72	2.71±0.63
硬膜下积液(ml)	20.15±4.92	19.95±5.65
住院时间(d)	9.29±0.83	9.43±0.79
复发(例)	1(3.2%)	1(2.7%)

注:与局麻组相应值比较,* P<0.05;SAS. 焦虑自评量表;SDS. 抑郁自评量表

相比,全身麻醉术后焦虑、抑郁情绪发生率明显降低。左星等^[4]认为全身麻醉下钻孔引流术更能有效改善CSDH术后不良情绪。焦虑是一种不愉快或痛苦的情绪状态,基本的内心体验是害怕,伴有躯体不适感、精神运动性不安或自主神经功能紊乱。临床上常见的焦虑几乎都是对未来的可能性的恐惧,害怕出现最坏的结局,即预期焦虑^[5]。抑郁是一种心境低落的负面情绪,主要表现为情绪低落,兴趣减低,悲观,思维迟缓,缺乏主动性,自责自罪,饮食、睡眠差。全身麻醉术中无意识,无感知觉体验,不像局部麻醉,除痛觉外有清晰的视觉、听觉、触觉甚至嗅觉体验。局部麻醉下,病人对外界发生的事情可以清楚感知,可以听到医生的谈话、操作发出的声响,感知到头皮切开、钻孔震荡、颅脑晃动,甚至可以嗅到电凝时的焦糊味道。这些均可导致病人产生预期焦虑体验和抑郁情绪。

血肿残余、颅内积气、硬膜下积液均是CSDH复发的危险因素,这些影响血肿复发的独立危险因素,恰恰也是影响术后早期脑膨胀回缩的重要因素^[6]。硬膜下积液可能是由于蛛网膜损伤导致脑脊液流出在硬膜下聚集而成,加之部分病人脑复张不良,促进了硬膜下积液的形成。有研究表明部分硬膜下积液逐渐转化为CSDH^[7]。全身麻醉术中病人无意识、肌肉松弛可顺利完成引流管在骨孔各个方向的冲洗,同时根据冲出液颜色及性状转动病人头部促进血肿液冲洗干净。局部麻醉手术时,由于病人头部可不自主动转动,配合稍差,肌肉松弛不够,放入引流管过程中可能穿破血肿壁及蛛网膜引起硬膜下积液,损

伤脑皮层小静脉血管引起渗血。转动头部角度不够,不能充分将引流管置入硬膜下间隙较小的血肿腔进行冲洗,以至于血肿残余。Park等^[8]对CSDH血肿液和外周血进行对比研究发现,血肿液D-二聚体、纤维蛋白降解产物、组织型纤溶酶原激活剂等均显著高于外周血,而纤溶酶原则明显低于外周血,认为血肿腔内纤溶亢进与发病有关。血肿残余时残存纤溶物质和纤维蛋白降解物,促使血肿包膜上结构不完整的血管渗血,可能是血肿复发的原因之一。

总之,钻孔引流术治疗CSDH时,采用全身麻醉可以减少术后焦虑负面情绪。对疼痛耐受差、意识障碍配合不佳的CSDH病人,建议全身麻醉。

【参考文献】

- [1] 余秋根,陈奇翰. 慢性硬膜下血肿 170 例的诊治经验[J]. 浙江创伤外科杂志,2009,14(4):377.
- [2] 何兵孝,程小王,张毅飞,等. 慢性硬膜下血肿钻孔引流术后并发症临床分析[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2009,8(4): 366-367.
- [3] 傅剑川,王群英,曾媛媛,等. 麻醉方式对慢性硬膜下血肿患者钻孔引流术后焦虑抑郁情绪的影响[J]. 中国临床神经外科杂志,2014,19(2):89-94.
- [4] 左星,肖航. 局麻与全麻下行钻孔引流术对慢性硬膜下血肿患者术后不良情绪的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志,2015,18(15):113-114.
- [5] 许又新. 神经症[M]. 第2版. 北京:北京大学医学出版社, 2008. 66-68.
- [6] 张超,张鹏,宋建荣,等. 手术体位对慢性硬膜下血肿疗效的影响[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2017,16(3): 259-260.
- [7] Tanweer O, Frisoli FA, Bravate C, et al. Tranexamic acid fortreatment of residual subdural hematoma after bedside twist-drillevacuation [J]. World Neurosurg, 2016, 91: 29-33.
- [8] Park SH, Kang DH, Park J, et al. Fibrinogen and D-dimer analysis of chronic subdural hematomas andcomputed tomography findings: a prospective study [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2011, 113(4): 272-276.

(2018-08-27收稿,2018-10-11修回)